Gemeinsamer
Bundesausschuss

Qualitätsmessung: Angemessenheit der Indikationsstellung

3. Berliner Forum der AWMF

„Gemeinsam klug entscheiden – Initiative der AWMF und ihrer Fachgesellschaften“

Berlin | 15. Oktober 2015

Dr. Regina Klakow-Franck, M. A.

Unparteiisches Mitglied

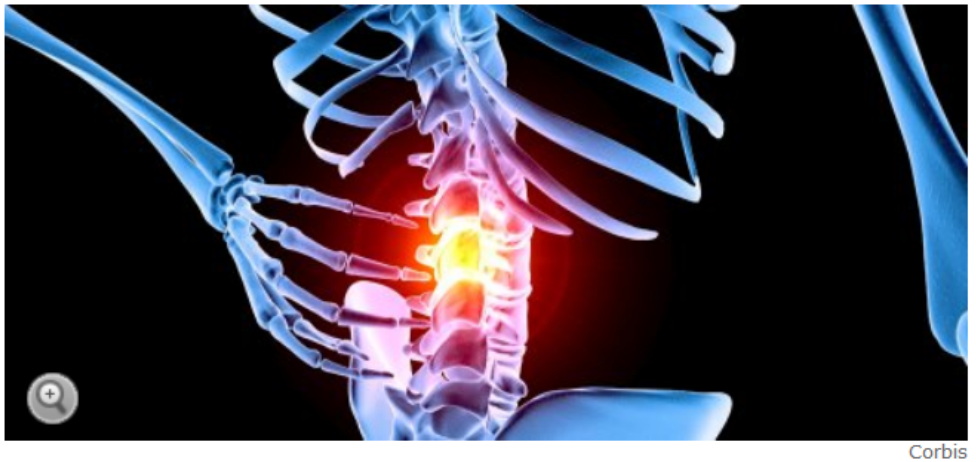
Gliederung

- Ausgangslage
- Angemessenheit der Versorgung
- Angemessenheit der Indikationsstellung

Mengenentwicklung

AOK-Krankenhausreport: Zahl der Wirbelsäulen-OPs drastisch gestiegen

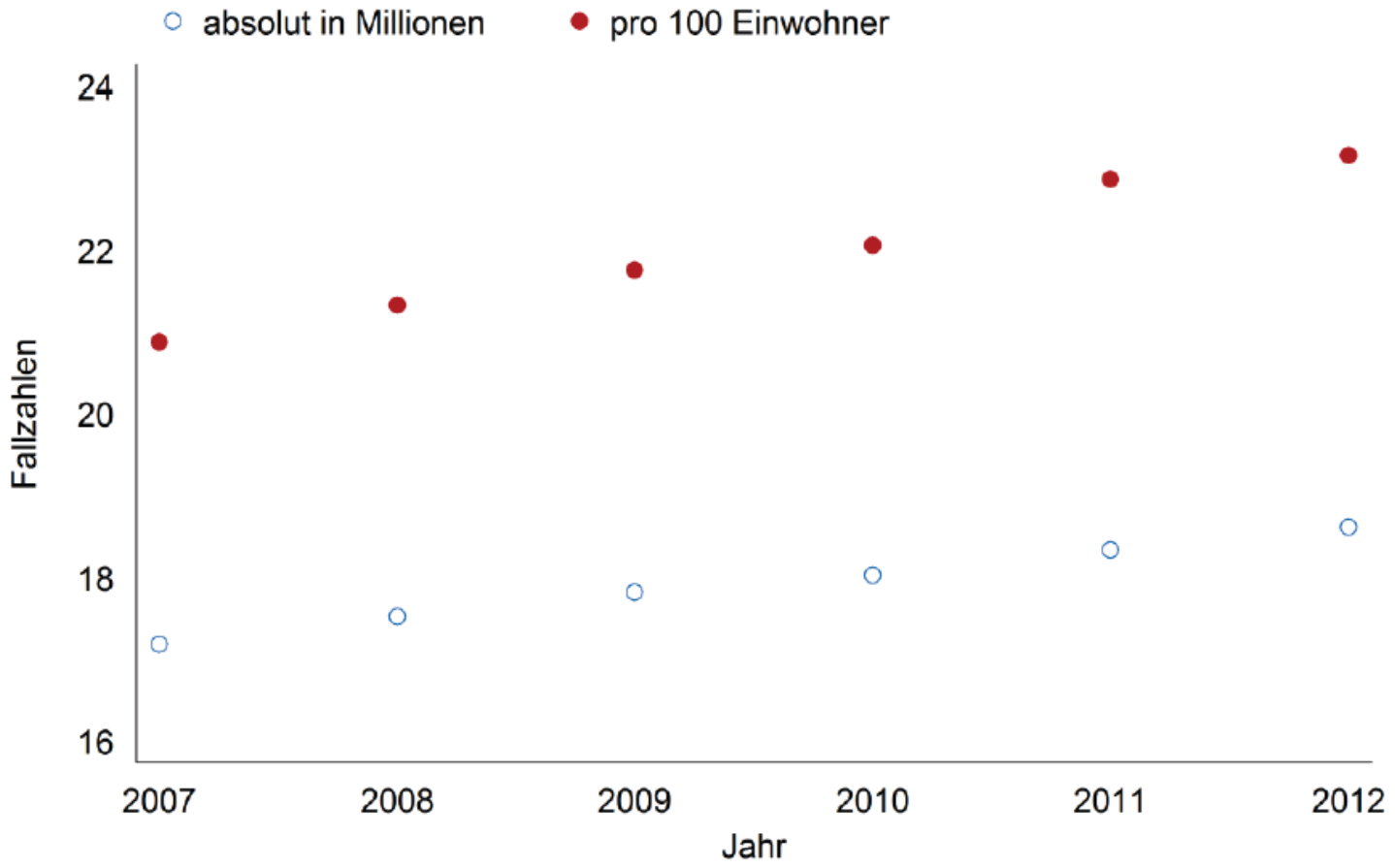
Die Zahl der Operationen in Deutschland steigt rasant. Dabei ist nicht jede medizinisch notwendig. Zu diesem Ergebnis kommt der Krankenhausreport 2013 der AOK. Vor allem kostspielige Eingriffe führen Ärzte immer häufiger durch. Besonders drastisch: der Anstieg der Wirbelsäulen-OPs.



Corbis

Wirbelsäule: Zahl der OPs in diesem Bereich ist drastisch gestiegen

Mengenentwicklung
Fallzahlsteigerung



Anmerkung: Diese Abbildung zeigt die Fallzahlen in Millionen (blaue Kreise) und die Fallzahlen pro 100 Einwohner (rote Punkte) für die Jahre von 2007 bis 2012. Quelle: Statisches Bundesamt, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12, Reihe 6.1.1 (2014).

Quelle: Endbericht Forschungsauftrag zur Mengenentwicklung nach § 17b Abs. 9 KHG, hche, 2014

Förderung von Indikationsqualität

Qualitätsindikatoren

Messung von Indikationsqualität in der externen stationären QS

QI	QI ID	Bezeichnung des Qualitätsindikators	Rechenregel	Gesamt-rate **2012**	Referenzbereich **2012**	Spannweite **2012**	Gesamt-rate **2011**	Kategori-sierung **(123X)**	Handlungs-bedarf **(ABCX)**
1	276	**Knie-Endoprothesen-Erstimplantation bei erfüllten Indikationskriterien**	**Grundgesamtheit:** Alle Patienten ab 20 Jahre **Zähler:** Patienten mit mindestens einem Schmerzkriterium und mindestens 4 Punkten im modifizierten Kellgren & Lawrence-SCORE	96,1%	>= 90%, Zielbe-reich	14,9 bis 100%	95,9%	2	A
	Bewertung der Ergebnisse 2012: Eine sorgfältige und an der individuellen Befundsituation des Patienten ausgerichtete Indikationsstellung ist von zentraler Bedeutung für die Durchführung einer Endoprothesen-Erstimplantation am Kniegelenk. Im Erfassungsjahr 2012 liegt das Ergebnis für diesen Indikator bei 96,1% und damit erneut geringfügig über dem Wert des Vorjahres (95,9%). Von insge-samt 1.033 teilnehmenden Krankenhäusern sind 107 Krankenhäuser (10,4%) rechnerisch auffällig. Im Rahmen des Strukturierten Dialogs zum Erfassungsjahr 2011 wurde ein Krankenhaus als qualitativ auffällig eingestuft (0,7 %). Des Weiteren wurden 11 Krankenhäuser als qualitativ auffällig aufgrund der Dokumentation (7,7 %) eigestuft, wovon 3 Krankenhäuser erneut auffällig waren (2,1%). Das Qualitätsziel wurde im Wesentlichen erreicht. Die Bundesfachgruppe stuft den Indikator auf Grund des stabilen Versorgungsniveaus in die Kategorie A mit gewöhnlichem Handlungsbe-darf ein. Auf Ebene der Krankenhäuser zeigen sich weiterhin einzelne auffällige Krankenhäuser mit einer niedrigen Gesamtrate, die im Rahmen des Strukturierten Dialogs überprüft werden.							

Regionale Versorgungsunterschiede
Operative Eingriffe

Tabelle 1. Übersicht über die Variationen zwischen Raumordnungsregionen bei medizinischen Leistungen/Eingriffen, Deutschland, 2011

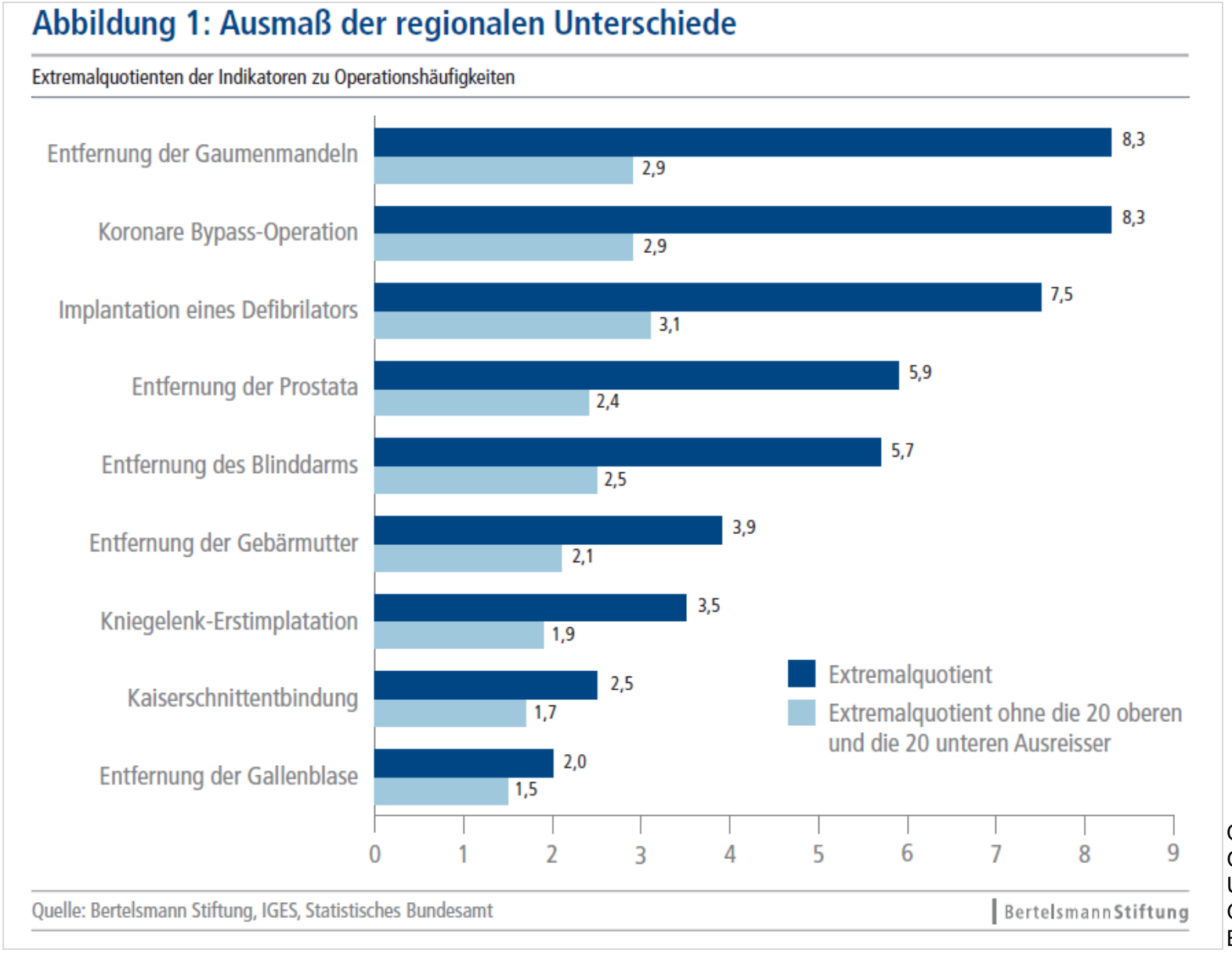
	Krankenhauseinweisungen für medizinische Behandlungen	CABG	PTCA	Operationen nach Hüftfrakturen	Kniegelenkersatz	Kaiserschnitte	Hysterektomien
	(je 100 000 Einwohner)	(je 100 000 Einwohner)	(je 100 000 Einwohner)	(je 100 000 Einwohner)	(je 100 000 Einwohner)	(je 1 000 Lebendgeburten)	(je 100 000 weibliche Einwohner)
Rohe Rate (CR)	13,342	66	358	196	215	314	330
SR [Median]	13,359	67	344	190	218	323	340
SR (Q10)	11,213	45	261	167	180	266	290
SR (Q90)	15,856	87	460	215	271	359	410
Variationskoeffizient (VK)	**0.13**	**0.24**	**0.22**	**0.11**	**0.16**	**0.13**	**0.14**
Systematische Variationskomponente	**1.79**	**5.74**	**4.74**	**1.11**	**2.91**	**1.63**	**2.29**

Anmerkung: Sofern nicht anders angegeben, sind alle Raten alters- und geschlechtsstandardisierte Raten je 100 000 Einwohner.

Quelle: Destatis (2011) und Regionaldatenbank Deutschland (2011).

Quelle: Philipp Storz-Pfenning, Deutschland: Geografische Variationen in der Gesundheitsversorgung, OECD, 2014

Regionale Versorgungsunterschiede



Quelle: Faktencheck Gesundheit, Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung, Bertelsmann, 2011

Regionale Versorgungsunterschiede

Vertragsärztliche Versorgung (1)

Abb. 1: *Antidrepressiva-DDD je GKV-Versicherten 2012 in den Bundesländern; Quellen: KM6-Mitgliederstatistik (BMG), Stand: 01.07.2012; regioMA (INSIGHT Health); DDD-Bestimmung auf Basis WHO/WIdO in Abstimmung mit IGES.*

Quelle: Monitor Versorgungsforschung 02/2013; Antidrepressiva: Bayern in nicht gleich Bayern (INSIGHT Health zu regionalen Versorgungsunterschieden)

Regionale Versorgungsunterschiede
Vertragsärztliche Versorgung (2)

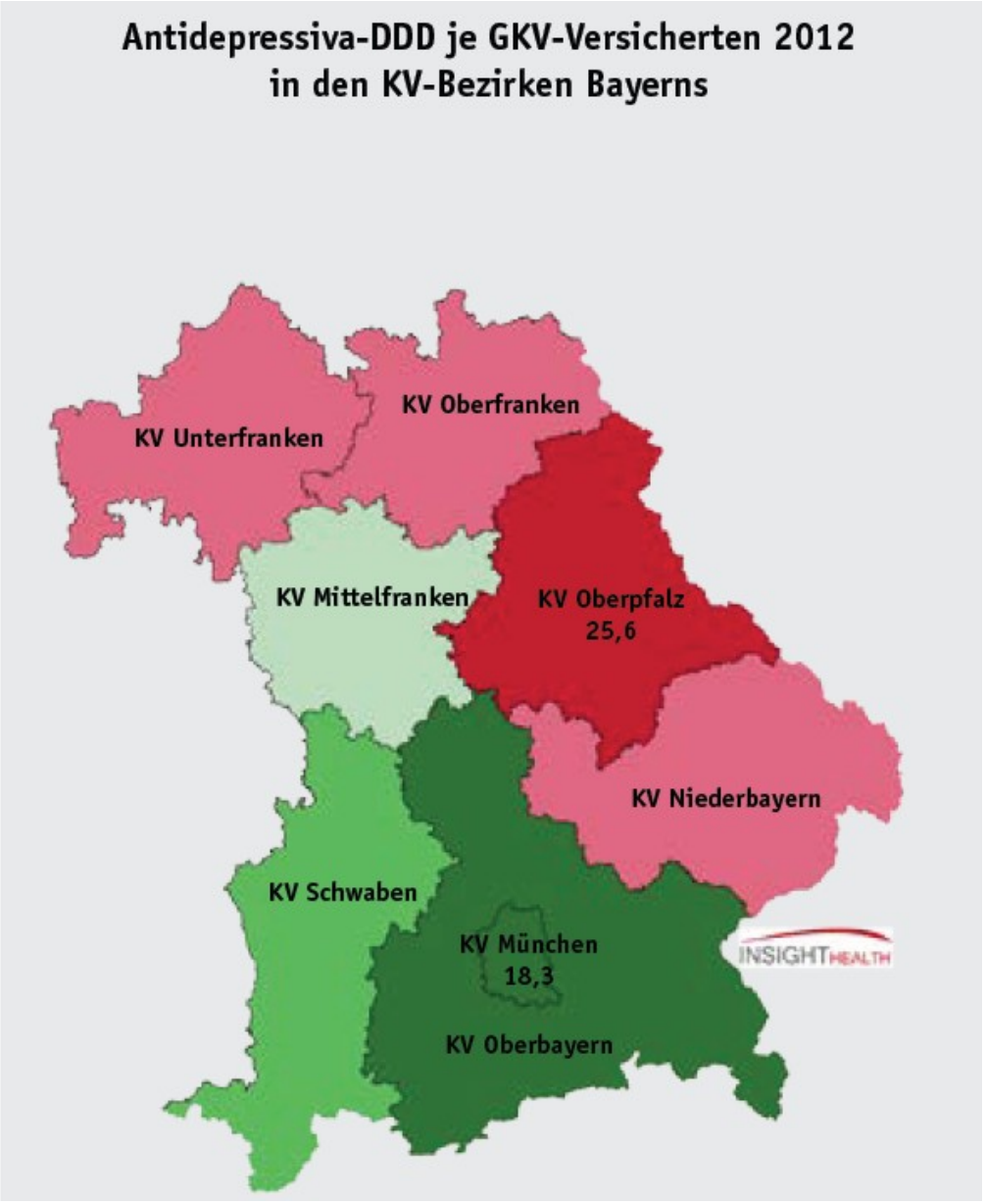


Abb. 2: *Antidrepressiva-DDD je GKV-Versicherten 2012 in den KV-Bezirken Bayerns; Quellen: KM6-Mitgliederstatistik (BMG), Stand: 01.07.2012; regioMA (INSIGHT Health); DDD-Bestimmung auf Basis WHO/WIdO in Abstimmung mit IGES.*

Quelle: Monitor Versorgungsforschung 02/2013; Antidrepressiva: Bayern in nicht gleich Bayern (INSIGHT Health zu regionalen Versorgungsunterschieden)

Regionale Versorgungsunterschiede
Zwischenfazit

Regionale Versorgungsunterschiede

- abhängig von
  - Nachfrageseitigen Faktoren
    - Komorbidität
    - Patientenpräferenzen
  - Angebotsseitigen Faktoren
- Wechselwirkungen zwischen ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen
- größtenteils ungeklärt
- Herausforderung*:
  - evidenzbasierte Rechtfertigung der Variationen als regional morbiditätsorientiert und bedarfsgerecht

  oder

  - Verringerung der Versorgungsunterschiede

[*siehe auch: Philipp Storz-Pfenning, Deutschland: Geografische Variationen in der Gesundheitsversorgung, OECD, 2014]

Angemessenheit der Versorgung
Kritikpunkte

- Mengenausweitung
- Regionale Versorgungsunterschiede
- „Über-, Unter-, Fehlversorgung“

- →Bewertung der Angemessenheit→Verhältnismäßigkeitsprüfung

Angemessenheit der Versorgung
Entscheidungskriterien (1)

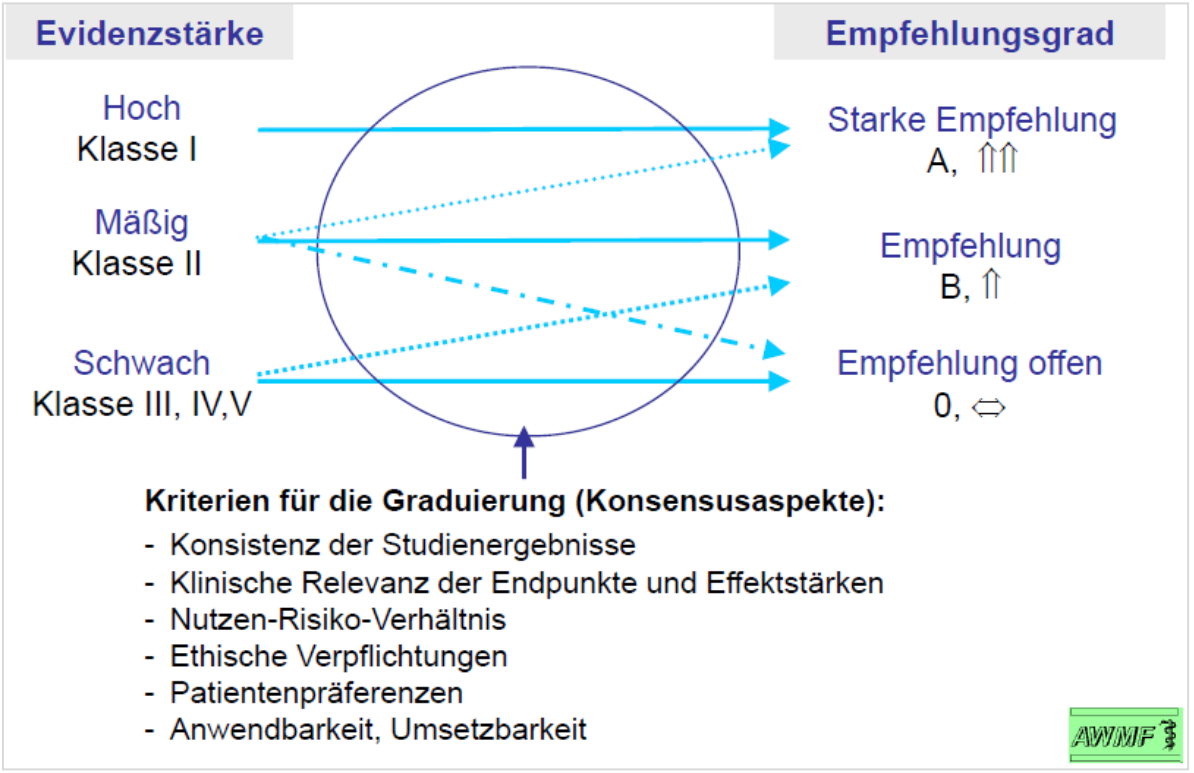
- Abwägung von Patientennutzen vs. Behandlungsrisiken auf der Kollektivebene

- 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V:
  - Qualität und Wirksamkeit nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft
  - unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts
  - → „evidence-based health care“

Angemessenheit der Versorgung
Leitlinien

A	Starke Empfehlung	⇑⇑
B	Empfehlung	⇑
0	Empfehlung offen	⇔

Quelle: http://www.leitlinien.de/leitlinienmethodik/leitlinien-glossar/glossar/empfehlungs-staerke-klasse-haertegrad

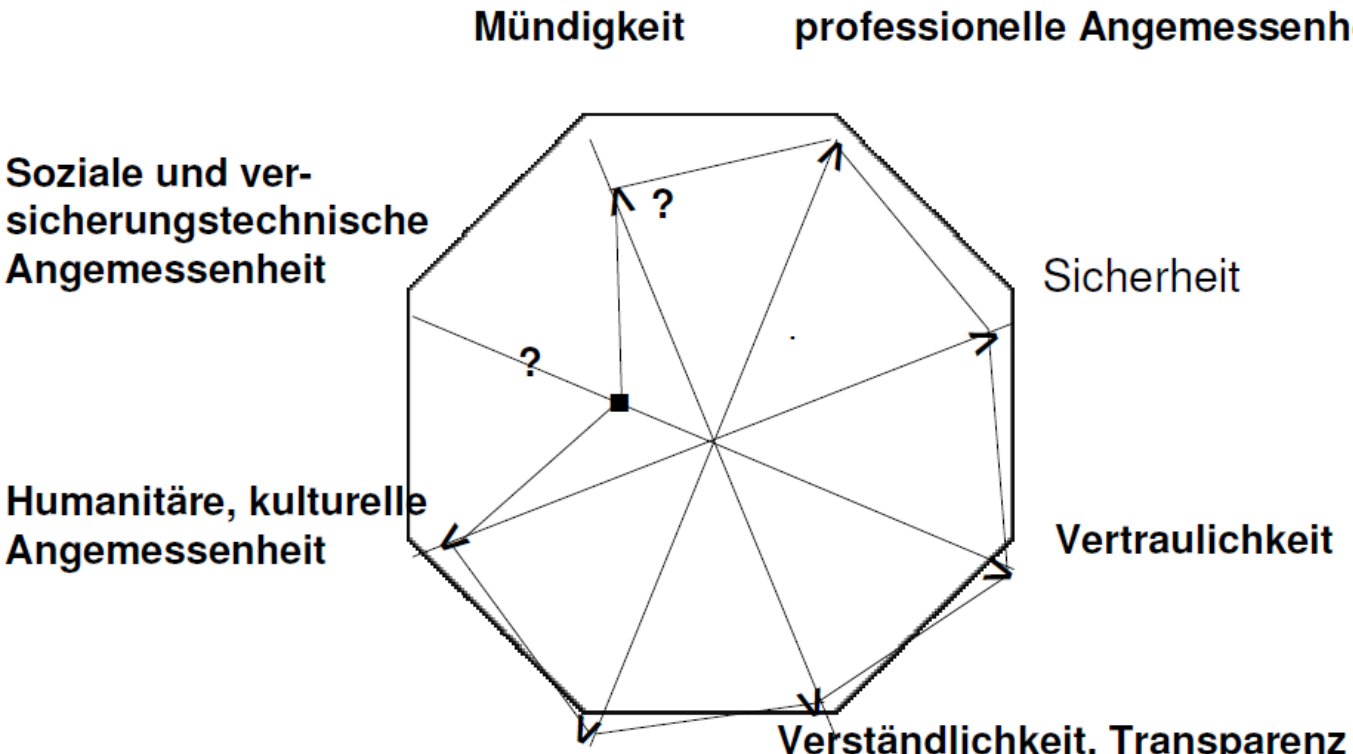


http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/ll-entwicklung/awmf-regelwerk-03-leitlinienentwicklung/ll-entwicklung-graduierung-der-empfehlungen.html

Angemessenheit der Versorgung

Entscheidungskriterien

4. Fazit - und ein visionäres Messkonzept für eine „ethisch angemessene“ Versorgung



Copyr für Abb u Inhalt Prof Dr FW Schwartz

Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz
Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung
MHH Medizinische Hochschule Hannover

Angemessenheit der Versorgung
Entscheidungskriterien (2)

- § 12 SGB V Wirtschaftlichkeitsgebot:
  - ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich

- § 70 Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit:
  - Versorgung muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden
  - humane Krankenbehandlung

- Entscheidung über Einschluss/Ausschluss von Leistungen auf Systemebene
  - → „value-based health care“

Angemessenheit der Indikationsstellung
Entscheidungskriterien (1)

- Abwägung von Patientennutzen vs. Behandlungsrisiken auf der Individualebene

- → evidenzbasierte Medizin

- → ärztliche Ethik/Berufsordnung
  - *„Primum nil nocere!“*

- Berücksichtigung von Therapiealternativen
  - →Zweitmeinungsverfahren

- Patientenorientierung statt paternalistisches Arzt-Patienten-Verhältnis
  - →partizipative Entscheidungsfindung
  - →Berücksichtigung von Patientenpräferenzen und Patient Reported Outcomes

Angemessenheit der Indikationsstellung
Exkurs: Ärztliche Ethik (1)

- § 11 Muster-Berufsordnung
  - *Ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden*
  - *(1) Mit Übernahme der Behandlung verpflichten sich Ärztinnen und Ärzte den Patientinnen und Patienten gegenüber zur gewissenhaften Versorgung mit **geeigneten** Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.*
  - *(2) Der ärztliche Berufsauftrag **verbietet** es, diagnostische oder therapeutische Methoden unter missbräuchlicher **Ausnutzung** des Vertrauens, der Unwissenheit, der Leichtgläubigkeit oder der Hilflosigkeit von Patientinnen und Patienten anzuwenden. Unzulässig ist es auch, Heilerfolge, insbesondere bei nicht heilbaren Krankheiten, als gewiss zuzusichern.*

Angemessenheit der Indikationsstellung
Exkurs: Ärztliche Ethik (2)

- § 8 Muster-Berufsordnung
  - ***Aufklärungspflicht***
  - *Zur Behandlung bedürfen Ärztinnen und Ärzte der Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Der Einwilligung hat grundsätzlich die erforderliche Aufklärung* ***im persönlichen Gespräch*** *vorauszugehen. Die Aufklärung hat der Patientin oder dem Patienten insbesondere vor operativen Eingriffen Wesen, Bedeutung und Tragweite der Behandlung einschließlich* ***Behandlungsalternativen*** *und die mit ihnen verbundenen* ***Risiken*** *in verständlicher und angemessener Weise zu verdeutlichen. Insbesondere vor diagnostischen oder operativen Eingriffen ist soweit möglich eine ausreichende Bedenkzeit vor der weiteren Behandlung zu gewährleisten.* ***Je weniger eine Maßnahme medizinisch geboten oder je größer ihre Tragweite ist, umso ausführlicher und eindrücklicher sind Patientinnen oder Patienten über erreichbare Ergebnisse und Risiken aufzuklären.***

Angemessenheit der Indikationsstellung
Entscheidungskriterien (2)

- Abwägung von Patientennutzen vs. Behandlungsrisiken auf der Individualebene

- → evidenzbasierte Medizin

- → ärztliche Ethik/Berufsordnung
  - *„Primum nil nocere!“*

- Berücksichtigung von Therapiealternativen
  - →Zweitmeinungsverfahren

- Patientenorientierung statt paternalistisches Arzt-Patienten-Verhältnis
  - →partizipative Entscheidungsfindung
  - →Berücksichtigung von Patientenpräferenzen und Patient Reported Outcomes

Vielen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit…